

認知症高齢者等個人賠償責任保険加入申請書

(宛先) 伊勢崎市長

申請者 住所  
氏名  
対象者との続柄  
電話番号

次の事項を承諾し、認知症高齢者等個人賠償責任保険の加入について申請します。

申請書に記載の情報について、保険会社に提供するとともに、必要に応じて警察からの問合せや安否確認に利用すること。

対象者

ふりがな		生年月日	大正 ・ 昭和	
氏 名			年 月 日 ( 歳)	
住 所	伊勢崎市			
電話番号				
対象者は以下のいずれかに該当する者 <input type="checkbox"/> 伊勢崎市認知症高齢者等見守りサービス実施要綱の対象者 <input type="checkbox"/> 伊勢崎市認知症高齢者等見守り事前登録制度実施要綱の対象者 <input type="checkbox"/> その他市長が特に必要と認めた者				
緊急連絡先 1	氏名	(続柄 : )	電話番号	
	住所			
緊急連絡先 2	氏名	(続柄 : )	電話番号	
	住所			
緊急連絡先 3	氏名	(続柄 : )	電話番号	
	住所			